Louis Medical Library

Aus der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des städtischen
Rudolf Virchow-Krankenhauses.
(Direktor: Prof. Dr. Koblanck.)

Ueber Kaiserschnitte bei Geburtsstörungen nach antefixierenden Operationen am Uterus.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

VON

Friedrich Gutzmann
aus Berlin.

Tag der Promotion: 29. November 1912.

Emil Ebering, Verlagshandlung, Berlin NW., Mittelstr. 39.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **Franz.**

Dem Andenken meiner teuren Eltern

in Dankbarkeit

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/demandenkenmeine0000frie

Als sogenannte „Antefixationsgeburten“ sind seit den neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts wiederholt Geburtsstörungen beschrieben worden, wie sie sich ganz besonders oder fast ausschließlich nach direkt antefixierenden Operationen gezeigt haben, d. h. nach solchen Operationen, die den retroflektierten Uterus nicht an den runden Mutterbändern dadurch an den Bauchdecken oder der Scheide befestigen, daß die Bänder intraperitoneal in der Nähe ihrer Abgangsstelle an die Bauchdecken angenäht (v. Olshausen) oder gerafft (Doléris, Menge) werden oder extraperitoneal gekürzt und angenäht (Alexander-Adams) werden, sondern dadurch, daß der Uteruskörper selbst an den Bauchdecken fixiert wird (Czerny-Fritsch-Leopold). Dadurch kommt es zu breiten bandartigen oder narbigen Verwachsungen zwischen Uterus und Bauchdecken (Koßmann), die den schwanger werdenden Uterus von dieser Stelle nach abwärts an seiner Ausdehnung und Zusammenziehung hindern. Dadurch ist einmal ein Ausfall der Funktion des Uterus von der Stelle der Fixation nach abwärts bis zum äußeren Muttermund gegeben, weshalb bei Weiterentwicklung des Kindes, d. h. wenn es nicht, wie so häufig, in der ersten Hälfte der Schwangerschaft schon zum Abort kommt, die Ausdehnung des Uterus auf Kosten der übrigen Wand erfolgt. Damit ist die Gefahr der Uterusruptur bei länger dauernder Geburtsarbeit oder

notwendig werdenden entbindenden Eingriffen gegeben. Eine weitere Folge dieser ungleichmäßigen Ausdehnung des Uterus sind pathologische Kindslagen, meist Schräg- oder Querlagen. Schließlich besteht selbst dann, wenn der Uterus glücklich entleert ist, immer noch die Gefahr der Blutung in der Nachgeburtsperiode (cf. Seegert), die dann meist sehr schwer zu bekämpfen ist, da ihre Ursache, das ist die Unmöglichkeit des Uterus, sich zusammenzuziehen in dem fixierten Teil und unterhalb desselben, bei vaginaler Entbindung nicht zu beseitigen ist.

Daß Geburtsstörungen veranlassende Verwachsungen übrigens auch nach anderen Operationen als nach der Czerny-Fritsch-Leopoldschen direkten Fixation und nach Vaginofixationen vorkommen, belegt schon Seegert durch zwei Fälle von Ventrosuspensionen nach Olshausen, bei denen die breiten Verwachsungen allerdings dadurch bedingt waren, daß jedesmal außer der die Lage des Uterus korrigierenden Operation die Entfernung eines Ovarientumors vorgenommen wurde. Die übrigen nach Ventrosuspensionen, wie wir im Gegensatz zur direkten Fixation des Uterus an den Bauchdecken ein für allemal die Aufhängung desselben an den runden Mutterbändern bezeichnen wollen, beobachteten Geburtsstörungen dürften sich durch Fehler in der Operationstechnik (Malträtierung des Uterus während der Operation, Fixation der Bänder zu dicht an ihrem Abgang vom Uterus) erklären lassen, die dann ebenfalls zu bandartigen oder narbigen Fixationen führen können. Anders bei den direkten Fixationen. Hier kommt es in jedem Fall, wie Straßmann schon ausführlich auseinandergesetzt hat, zu breiten narbigen Verbindungen zwischen Uterus und Bauch-

wand, deren Festigkeit im einzelnen Fall von der jeweils angewendeten Anzahl Nähte, deren Rolle für die Geburtsstörung zu einem Teil auch von der Höhe der Fixation abhängen wird, d. h. je höher fixiert wurde, ein um so größerer Ausfall an Geburtsarbeit leistender muskulöser Uteruswand wird sich ergeben. Dementsprechend ist eine um so stärkere Dehnung auch der nichtmuskulösen Wandanteile, eine um so schwerere Geburtsstörung zu befürchten, je höher fixiert wurde.

Daß nach solchen direkten Antefixationen Geburtsstörungen sehr häufig beobachtet werden, darüber besteht kein Zweifel. Wenn auch die Schöpfer der betreffenden Methoden ihres Geistes Kinder nach Kräften zu verteidigen suchen, so ist es doch wohl sicher, daß es in den meisten Fällen von Geburtsstörungen nach diesen Operationen nicht an der Technik liegt, wie Leopold für die korporeale Fixation und Dührssen für die Vaginofixation behauptet, welche letztere übrigens entsprechend den obigen Ausführungen über die Bedeutung der Stelle der Fixation seltener als erstere zu Geburtsstörungen führt. So einig also heute im allgemeinen die Autoren im Verwerfen der direkten Fixation des Uterus im gebärfähigen Alter sind, so verschieden sind die Ansichten über das Verhalten bei eingetretener Geburtsstörung. Während auf der einen Seite die Berechtigung des Kaiserschnitts für solche Fälle im allgemeinen bestritten wird und einem abwartenden Verhalten mit eventuell frühzeitigem Wendungsversuch und Durchtrennung des spornartig ins Uteruslumen vorspringenden, für die Geburtsarbeit ausfallenden Uteruswandteils mit dem Messer das Wort ge-

redet wird (Bumm, Wertheim, Schauta), findet auf der anderen Seite der rechtzeitig gemachte Kaiserschnitt seine Verteidiger (Thorn, Seegert, Stickel, Jolly), wohl gemerkt, der rechtzeitig gemachte. Als solchen wird man ihn dann bezeichnen können, wenn eine alsbald nach dem Blasensprung stattgehabte innere Untersuchung, eventuell mit der ganzen Hand und in Narkose, um den Muttermund überhaupt erreichen zu können, entweder die Unmöglichkeit, daß die Geburt bei weiterem Abwarten einen guten Verlauf nehmen werde, ergeben hat, oder die Unwahrscheinlichkeit eines solchen. Daß in infizierten oder unreinen Fällen ein Kaiserschnitt zu unterbleiben hat, ist wohl selbstverständlich. Man kann aber in solchen komplizierten Fällen sehr wohl bei zu langem Abwarten den richtigen Zeitpunkt für den Kaiserschnitt verpassen und dann die Frau in die schwere Gefahr bringen, daß sie bei der schließlich doch notwendig werdenden vaginalen Operation (Wendung usw.) eine Uterusruptur erleidet oder daß sie bei langem Abwarten und den dadurch gegebenen häufigeren inneren Untersuchungen und Entbindungsversuchen nach schließlich glücklich gelungener vaginaler Entbindung einer Sepsis erliegt. Diese Fälle sind unter den in der Literatur beschriebenen Antefixationsgeburten nicht allzu selten.

Die Zahl der Geburtsstörungen nach operativer Antefixation ist seit der Einführung dieser Operation ständig gewachsen. Uns interessieren davon in erster Linie diejenigen, die mit dem Kaiserschnitt entbunden werden mußten oder vielmehr entbunden wurden. In einigen Fällen, so z. B. dem von Straßmann angeführten Fall von Goubaroff (1895) wurde er zweifellos ohne hinreichende Indikation, in

diesem Fall vor Beginn der Wehen, ausgeführt. Für die meisten der übrigen Fälle wird seine Berechtigung von Bumm, Nagel, besonders aber von Schauta lebhaft bestritten. Seegert stellte 1905 aus der Literatur 22 Fälle von Sectio caesarea nach Ventrifixation zusammen, während in den streng nach der Methode Olshausens operierten Fällen bis auf die obenerwähnten zwei niemals Geburtsstörungen aufgetreten waren. In der neueren Literatur fand Schauta etwa 7 Fälle von Sectio caesarea nach Ventrifixur und 4 Fälle nach Vaginofixation, wobei er bemerkt, daß dies Verzeichnis nicht den Anspruch auf Vollständigkeit habe. Die ersten Fälle von Kaiserschnitt nach Vaginofixation aus deutschen Kliniken stammen von Velde-Straßmann und Graefe aus den Jahren 1905. Im Anschluß an die Tatsache, daß in einer am 23. VI. 1911 stattgefundenen Diskussion in der Berliner gynäk. Gesellschaft, in der Stickel einen derartigen Fall vorstellte, Jolly und Hoffmann über je zwei Fälle von Sectio caesarea nach Ventrifixur mit der Motivierung berichteten, es sei unmöglich erschienen, per vias naturales zu entbinden, glaubt Schauta schließen zu dürfen, daß diese Kaiserschnitte nicht indiziert gewesen seien, daß diese Frauen auch auf andere Weise hätten entbunden werden können. Uns interessieren außer zwei anderen im Virchow-Krankenhaus stattgehabten Kaiserschnitten wegen Antefixation besonders die beiden von Hoffmann erwähnten Frauen, die ebenfalls dort entbunden wurden und deren Krankheitsgeschichte ich deshalb hier zuerst bringe.

Fall I.

Frau Kr., 29 Jahre alt, VI. para. Aufnahme am 26. XII. 08. — Nr. 4619.

Beckenmaße normal, seit Oktober krampfartige Schmerzen im Leib. Patientin wurde draußen einmal von einer Hebamme und einmal vom Arzt untersucht, der sie wegen Befürchtung einer Geburtskomplikation, die er nach dem Befund der inneren Untersuchung angenommen zu haben scheint, ins Krankenhaus schickt. Nach fünf normalen Entbindungen und Wochenbetten wurde Patientin am 2. I. 08 von Prof. Nagel - Berlin wegen Retroflexio uteri nach der Methode Czerny - Fritsch - Leopold operiert, wie uns auf diesbezügliche Anfrage mitgeteilt wurde. Seit acht Tagen hat Patientin stark geschwollene Beine, der Leib ist durch eine übermäßige Ansammlung von Fruchtwasser in der Eihöhle stark aufgetrieben, so daß Genaueres über Lage, Haltung und Leben des Kindes nicht festzustellen ist. Die kindlichen Herztöne sind nicht zu hören. Der Gebärmuttergrund steht am Schwertfortsatz. Temp. 36,6; Puls 116. Urin: $0{,}2^0/_{00}$ Eßbach.

29. XII. 08. Innere Untersuchung in Chloroformnarkose. Beim Eingehen mit der ganzen Hand kommt man über dem Promontorium und etwas rechts davon in einen Trichter, an dessen Ende, etwa in der Höhe des zweiten bis dritten Lendenwirbels, und zwar rechts neben ihm, die für einen Finger durchgängige Cervix uteri gelegen ist.

31. XIII. 08. Sectio caesarea abdominalis. Es wird zunächst in Chloroformnarkose ein 15 cm langer Längsschnitt durch die Bauchdecken gemacht. Der Nabel liegt etwa in der Mitte des Schnittes. Dann wird mit einem dicken Troikart der Uterus punktiert, wobei sehr viel meconiumhaltiges, grünlich gefärbtes Fruchtwasser langsam abfließt (5800 g). Unterdessen wird die bei der ventrofixatio uteri vorgenommene Fixation mit den Bauchdecken nach Unterbindung mit Katgutknopfnähten durchschnitten. Es besteht ein mehr als fingerdicker Strang zwischen Uterus und Bauchdecken. Nachdem das Fruchtwasser zum größten Teil abgeflossen ist, wird der Uterus an seinem vorliegenden Teil längs in etwa 10—12 cm

Länge eingeschnitten und das Kind entwickelt. Dasselbe ist mazeriert (2750 g schwer, 55 cm lang). Die Uterusschnittwunden werden mit Müzeuxschen Haken gefaßt. Vorher ist die Bauchhöhle durch Fadentücher abgestopft. Keine Blutung nach Entwicklung des Kindes. Der Uterus sieht ziemlich anämisch aus und zieht sich gut zusammen. Es wird nun die Placenta manuell gelöst und vollständig mit allen Eihäuten entfernt. Die Blutung hierbei ist sehr gering. Der Uterus wird mehrfach mit Tupfern ausgewischt, da zuerst Zweifel an der Vollständigkeit der Placenta bestehen. Er blieb während der ganzen Operation in situ. Nun wird von der Vagina her der Muttermund mit einem Finger dilatiert und von oben her der Bossische Dilatator in den Muttermund eingeführt. Die Dilatation wird schnell bis zur Marke 4 (Fünfmarkstückgröße) vorgenommen. Einführen eines Glasrohres von der Vagina aus in den Uterus. Naht des Uterus: 1. Muskulo-muskuläre Katgutknopfnähte. 2. Fortlaufende Seroso-seröse Katgutnaht. Dreietagennaht der Bauchdecken fortlaufend mit Katgut. Der Uterus ist beständig gut kontrahiert. Keine Blutung. Aseptischer Verband. Druckverband. Patientin erhält gleich nach der Operation Kochsalzeinläufe per rectum. Der Uterus war auffallend anämisch und kontrahiert sich überraschend gut. Das eingeführte Glasrohr fällt beim Transport heraus und wird nicht wieder eingelegt.

5 Uhr nachmittags: Patientin hat sich gut erholt, hat nach der Operation nicht gebrochen, trinkt reichlich und ist im wesentlichen ohne Beschwerden. Entfernung des Druckverbandes. Heftpflasterverband. Aus der Vagina fließt reichlich blutiges Sekret. Durch das Rektum hat Patientin bisher 3 Liter Kochsalzlösung erhalten. Die weitere Eingießung unterbleibt, da Patientin reichlich Stuhlgang hat.

1. I. 09.: Das linke Bein ist im ganzen geschwollen, gegen Berührung unempfindlich, die Haut von blasser Farbe und prall gespannt. Sie fühlt sich gegen rechts nicht besonders kalt an. Die Wöchnerin sagt, das Bein sei „wie abgestorben".

2. I.: Die Schwellung ist zurückgegangen nach Lagerung des Beines. Die gestern etwas gesteigerte Temperatur ist heute normal. Berührungen des Beines werden wieder gefühlt.

4. I.: Der Urin zeigt Spuren Eiweiß. Im Sediment Leukozyten und Epithelien, keine Zylinder.

10. I.: Wunde per primam geheilt.

25. I.: Geheilt entlassen. Fundus fast in Nabelhöhe. Uterus überfaustgroß, gut beweglich, aber oberhalb des kleinen Beckens, etwas dextroponiert.

15. III. Nachuntersuchung: Uterus in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse antefixiert.

Epikrise: In Anbetracht des Untersuchungsbefundes, der uns im Zusammenhang mit den wehenartigen Schmerzen über den Beginn der Geburt bei noch stehender Fruchtblase orientierte, dürfte wohl mit Recht der klassische Kaiserschnitt als die Operation der Wahl erscheinen. Daß über die Vorbedingung „lebendes Kind" eine bestimmte Feststellung nicht möglich war, ist im Hinblick auf das bestehende starke Hydrammion wohl zu verstehen, so daß in diesem Fall bei Beginn der Operation, obwohl kindliche Herztöne nicht gehört wurden, immerhin angenommen werden konnte, daß das Kind noch lebt. Auffallend ist die von vornherein dauernd gute Kontraktion des Uterus, die wohl nicht mit Unrecht auf die Lösung der pathologischen Fixationen vor Entleerung des Uterus am Anfang der Operation zurückzuführen ist. Daß bei der Nachuntersuchung der Uterus wiederum antefixiert gefunden wurde, ist bedauerlich, aber die Vermeidung dieses Nachteils liegt nicht in unserer Hand, so daß diese Frauen bei jeder neuen Schwangerschaft leider von neuem in Gefahr kommen. Im Hinblick auf diese Gefahr wäre deshalb, wie es einzelne Operateure bereits getan haben, bei Gelegenheit eines solchen Kaiserschnitts die tubare Sterilisation ins Auge zu fassen.

Fall II.

Frau R., III para, 31 Jahre alt. Aufnahme am 17. X. 10 — Nr. 84 217.

Vor zwei Jahren wegen „Gebärmuttersenkung" Operation. Auf Anfrage erfahren wir, daß damals anscheinend kombiniert nach der Leopoldschen Methode das Corpus uteri, außerdem atypisch

nach Olshausen mit je einer Ligatur das Ligamentum rotundum an den Bauchdecken mittels Pfannenstiel-Schnittes fixiert wurde. Vorher waren zwei normale Entbindungen mit lebenden Kindern vorhergegangen. Letzte menses: Ende Dezember 1909.

18. X.: Lagerung der Frau mit kräftigen Wehen.

10 Uhr nachmittags: Aeußere Untersuchung: Fundus uteri drei Querfinger unter dem Rippenbogen. Rechts ganz seitlich ein großer, runder, sehr harter Teil, kleine Teile am Nabel und über demselben. Der vorliegende Teil ist äußerlich nicht festzustellen, die kindlichen Herztöne sind über dem Nabel am deutlichsten zu hören.

11 Uhr 25 Minuten: Blasensprung.

11 Uhr 40 Minuten: Innere Untersuchung: Die Portio ist ganz hoch nach rechts verzogen, Muttermund kleinhandtellergroß. Es liegt ein weicher Kindsteil vor, der als Schulter imponiert. Dringt man nach rechts oben weiter vor, so fühlt man den auf der rechten Darmbeinschaufel liegenden Kopf. Da eine spontane Geburt unmöglich, eine Entbindung per vaginam für Mutter und Kind gefährlich erscheint, andererseits bei dem rechtzeitigen Eintreffen der Patientin in der Klinik der klassische Kaiserschnitt als die schonendste und lebenssicherste Operation erscheint:

12 Uhr 45 Minuten vormittags: Klassischer Kaiserschnitt. Schnitt handbreit über dem Nabel bis handbreit über der Symphyse durch die dünnen Bauchdecken. Die rechte Kante des Uterus liegt vor. Stark injizierte Plazentarstelle. Der Schnitt wird nach oben verlängert und der Uterus in toto vorgewälzt. Der Schnittrand in der Längsrichtung an der Hinterwand des Uterus angelegt. Aus dem eröffneten Uterus entleert sich Mekonium. Entwicklung des asphyktischen Kindes. Die starke Hervorragung an der rechten hinteren Kante des Uterus verschwindet. Sie war durch den stark vorspringenden Kopf verursacht. Ein kleiner Teil der mekoniumhaltigen Eihäute bleibt zurück. 10 Katgutknopfnähte durch die Muskulatur, fortlaufende seroso-seröse Naht. Es wird dann die breite Adhäsion vorne am Uterus, die nach oben spitz verläuft, scharf durchtrennt. Unteres Uterinsegment frei. Ein Gefäß darin wird unterbunden und dann

die von Peritoneum entblößte Fläche des Uterus peritonisiert. Der obere Winkel der Adhäsion liegt ca. 2 cm vom Abgang der rechten Tube entfernt, das andere Ende dicht an der anderen Tube. Zurücklagerung des Uterus, Zurücklagern des Netzes, besonders über die Stelle der Adhäsion. Fortlaufende Peritonealnaht. Sechs durchgreifende Seidennähte. Fascie und Haut werden fortlaufend mit Katgut genäht.

3 Uhr vormittags: Nach der Operation sehr beschleunigter Puls. Deshalb eine Spritze Digalen, Kochsalzeinlauf mit vier Tropfen Epirenan.

6 Uhr 30 Minuten: Temperatur 36,9°, Puls 100, keine Nachblutung.

24. X.: Reaktionsloser Wundverlauf, kein Fieber.

1. XI.: Patientin steht auf. Laparotomiewunde per primam geheilt.

8. XI.: Der Uterus ist anteflektiert, steht median und etwas hoch, scheint aber nicht mit den Bauchdecken verwachsen zu sein. Geheilt entlassen mit gut gedeihendem Kind. Zur Nachuntersuchung bestellt, aber nicht erschienen.

Epikrise: Da eine Wendung bei der starken Dehnung der hinteren Wand und des unteren Uterinsegments, die durch den im Verlauf der Wehentätigkeit sich nach rechts und hinten einwühlenden kindlichen Kopf verursacht war, in ihrem Gelingen zweifelhaft und zu gefährlich erschien, wurde von derselben Abstand genommen und der klassische Kaiserschnitt gemacht. Der Befund während der Operation bestätigte diese starke Ueberdehnung der rechten hinteren Uteruspartien. Die Narbe war in diesem Falle auffallend breit, eine Folge des angewandten Operationsverfahrens. Trotzdem gelang die Peritonisierung der Wunde am Uterus leidlich. Diese und die Bedeckung der Wunde mit Netz dürften, falls aus anderen Gründen die tubare Sterilisierung nicht anwendbar ist, von Vorteil sein, um wenigstens die Möglichkeit eines Mobilbleibens des Uterus zu sichern, was in unserem Fall wegen des Nichterscheinens der Patientin zur Nachuntersuchung leider nicht zu kontrollieren war. Die Lösung der Fixation

hatte auch in diesem Fall einen glatten Verlauf der Nachgeburtsperiode zur Folge.

Fall III.

Frau S., I para, 29 Jahre alt. Aufnahme am 5. III. 07 — Nr. 923.

Im Mai 1902 im evangelischen Krankenhause zu Düsseldorf wegen Parovarialcyste und Retroflexio uteri fixata operiert. Genauere Angaben über die Art der Operation fehlen in der Antwort auf unsere Anfrage. Jedoch ist aus dem Befund beim Kaiserschnitt zu ersehen, daß es sich um eine Antefixation des Uteruskörpers gehandelt hat.

5. III.: Patientin kommt 1 Uhr 30 Minuten vormittags mit ziemlich kräftigen Wehen herein und wird gelagert. Die Wehen lassen dann bald wieder nach, um gegen 6 Uhr nachmittags wieder zuzunehmen. Gegen Mitternacht lassen sie wieder nach, um dann ganz aufzuhören.

Letzte Regel: 10. VI. 06. Beckenmaße normal. Aeußere Untersuchung: Man fühlt den vorliegenden Teil beweglich über dem Becken, im Gebärmuttergrund, mehr nach rechts, einen großen, harten, runden Teil, anscheinend den Kopf, kleine Teile links, Rücken rechts, in Nabelhöhe rechts die kindlichen Herztöne, regelmäßig, etwas leise, 156—160 in der Minute. Die Frau wird vom Arzt wegen befürchteter Geburtskomplikation hereingeschickt.

Innere Untersuchung wegen Verdachts auf Steißlage: Enge Vagina. Portio nicht zu erreichen. Kleines Becken leer. Wehenbeginn: 4. III. 10 Uhr nachmittags. Patientin war draußen bereits von Hebamme und Arzt innerlich untersucht worden. Vor der Operation kein Fieber.

Wegen der Unmöglichkeit, bei der inneren Untersuchung der alten Erstgebärenden, die zudem noch eine besonders enge Scheide aufwies, die portio zu erreichen, mußten die Bedingungen für eine spontane oder künstliche vaginale Entbindung in diesem Fall als besonders ungünstig erscheinen. Es wurde deshalb auf weiteres Abwarten, zumal die Wehentätigkeit eine sehr mangelhafte war,

im Interesse von Mutter und Kind verzichtet und der klassische Kaiserschnitt gemacht.

6. III.: vormittags, nach über zweitägiger Wehentätigkeit: Laparotomie in Beckenhochlagerung.

Längsschnitt oberhalb der alten Narbe, etwa 10 cm lang. Der an der Ventrofixationsnarbe mit der ganzen Vorderwand adhärente Uterus läßt sich nicht aus der Bauchhöhle herauswälzen; deshalb Eröffnung des Uterus in situ, wobei die an der Vorderwand sitzende Plazenta verletzt wird. Sehr starke Blutung. Die Vergrößerung des Uterus war fast ausschließlich auf Kosten seiner hinteren Wand erfolgt, die sich als stark überdehnt erwies. Entwicklung eines in Steißlage liegenden ausgetragenen lebenden Kindes von 51 cm Länge und 3350 g Gewicht.

Der Uterus kontrahiert sich nur sehr schlecht. Lösung der Plazenta und der Eihäute. Teilweiser Verschluß der Uteruswand. Innerer Muttermund absolut geschlossen. Oeffnung von innen nicht zu finden. Deshalb wird versucht, vaginal durch den äußeren Muttermund zu kommen, doch ist hier wiederum eine portio nicht zu fühlen. Vor dem Promontorium kommt der Finger in einen scheinbar vorgebildeten Kanal — vom Abdomen her hinter dem Uterus fühlbar — nicht Cervikalkanal, wahrscheinlich ausgebuchtetes hinteres Vaginalgewölbe. Deshalb wird die Operation nach provisorischem Verschluß der Bauchhöhle vaginal fortgesetzt, unter Schutz von Spekulis mittels Landauscher Dilatatoren eine Oeffnung in den Uterus per vaginam gemacht und durch die Oeffnung ein Gummidrain geleitet, das an der großen Labie befestigt wird.

Nachdem dann abdominal die starken Verwachsungen des Uterus mit der vordern Bauchwand gelöst sind, wird der Uterus definitiv typisch vernäht. Dann wird das durch die Scheide abgeklemmte Gummidrain durch ein dickes, über das Drain geschobenes Scheidenrohr ersetzt. Guter Abfluß.

Trotz starken Blutverlustes guter Puls.

Das Wochenbett verläuft ohne wesentliche Störungen. In der ersten Woche subfebrile Temperaturen.

6. IV. 07. Entlassungsbefund: Vordere Portio-Lippe ver-

strichen, Uterus anteflektiert, etwas nach hinten verlagert. Aeußerer Muttermund geschlossen. Operationswunde glatt vernarbt. Kind gesund.

4. VI. 07. Nachuntersuchung: Portio steht hoch. Uterus anteflektiert. Der Fundus ist wieder an der unteren (alten) Bauchnarbe adhärent. Obere (neue) Bauchnarbe etwas prominent. Patientin klagt über Schmerzen in der Magengegend.

Epikrise: Trotz Abwartens während über 24 Stunden ist ein Fortschritt der Geburt nicht zu bemerken. Ueber den Blasensprung findet sich im Journal keine Bemerkung, so daß mit Sicherheit darüber nichts angegeben werden kann. Es ist aber anzunehmen, daß ein Springen der Blase und Abgang von Fruchtwasser im Operationsbericht Erwähnung gefunden hätten, wenn dieselben erst während der Operation oder während der 24 Stunden vorher stattgefunden hätten. Außerdem ließen Dauer und Art der Wehen keinen Zweifel darüber, daß die Geburt im Gange war. Die ganze hintere Wand zeigte sich überdehnt, und es muß zum mindesten zweifelhaft erscheinen, ob unter den gegebenen Verhältnissen das sehr stark entwickelte Kind bei der 29 Jahre alten Erstgebärenden mit ihren engen und rigiden Weichteilen ohne beträchtliche Schädigung beider Teile per vias naturales hätte zur Welt gebracht werden können, zumal ja die Unmöglichkeit bestand, die Portio zu erreichen. Sowohl der innere Untersuchungsbefund vor der Operation wie die Schwierigkeit der Orientierung während der Operation lassen wohl keinen Zweifel darüber, daß hier der Kaiserschnitt als allein gegebenes Entbindungsverfahren in Betracht kam, bei dem zugleich die Lösung der pathologischen Fixationen und damit ein glatter Verlauf der Nachgeburtsperiode gegeben war. Daß der Uterus sich bei der Nachuntersuchung wiederum fixiert fand, ist im Interesse der Frau zu bedauern, jedoch haben wir eine Dauer-Reparation nach Trennung derartiger Verwachsungen nicht in der Hand, obwohl immerhin durch die Operation, wie Fall II beweist, bei nicht zu ausgiebiger Narbenbildung die Möglichkeit gegeben ist, durch Peritonisierung der Narbe am Uterus eine Heilung der Wunde ohne neue fixierende Narbe zu erzielen.

Uebrigens ist in diesem Fall, namentlich wenn man ihn mit Fall II vergleicht, die schlechte Kontraktion des Uterus bemerkenswert, die erst mit Lösung der Verwachsungen gegen Schluß der Operation nachließ, während eine solche bei Fall I, wo die Verwachsungen am Beginn der Operation gelöst wurden, ganz vermißt, ja sogar eine gute Kontraktion des Uterus und sehr geringe Blutung konstatiert wurde. Dies dürfte im Zusammenhang mit den von Seegert aufgeführten Fällen, in denen eine erhebliche Störung der Nachgeburtsperiode mit schweren Blutungen verzeichnet wird, die Bedeutung dieser Fixationen für einen glatten Verlauf der Nachgeburtsperiode zur Evidenz erweisen.

Fall IV.

E. P., 29 Jahre alt, II para. Aufgenommen am 18. IV. 07 — Nr. 1344.

Letzte Regel: 15. X. 06. Normales Becken. Vor zwei Jahren wegen „Abknickung der Gebärmutter" Operation von der Scheide aus. Es ist unmöglich, einen Bericht einzuholen, da Patientin nicht mehr anzugeben weiß, wo und von wem sie operiert wurde. Es handelt sich um eine pathologische Verlagerung des Uterus. Derselbe ist nach rechts vorn und unten gedreht, so daß bei der letzten inneren Untersuchung kurz vor der Operation der Befund sich folgendermaßen ergab: Portio links oben am Promontorium, Muttermund nicht durchgängig; eine eingeführte Kornzange gleitet im Cervikalkanal nach rechts. Vorliegender Kindsteil ist eine Schulter. Wehenbeginn am 14. VII. 2 Uhr morgens. Die Wehen werden allmählich sehr schmerzhaft.

Bei der Operation (14. VII. 07 7 Uhr 40 Minuten nachmittags) zeigt sich der Uterus infolge zahlreicher Adhäsionen mit dem Peritoneum nach rechts verlagert und um seine Längsachse gedreht, sodaß die Ansatzstelle der linken Tube und des linken lig. rotundum in der Wunde sichtbar sind. Blasensprung während der Operation. Kind lebt, 2850 gr schwer, 50 cm lang. Wundverlauf nur leicht gestört durch Eiterung einiger Stichkanäle.

Epikrise: Es handelt sich also um eine Geburtskomplikation

nach voraufgegangener Vaginofixation, die besonders rechts zu ausgedehnten Verwachsungen geführt hatte, so daß der Uterus ganz nach rechts vorn und unten gedreht war, wodurch dem Cervikalkanal eine abnorme Richtung gegeben wurde, sodaß die austreibenden Kräfte das Geburtsobjekt nicht in der Richtung der Beckenführungslinie, sondern gegen die linke Darmbeinschaufel hätten treiben müssen. Die portio stand zwar nicht gar zu hoch oben, aber doch immerhin in der Höhe des promontorium. Außerdem waren die Wehen infolge der durch die Uteruskontraktionen ausgelösten Zerrungen an den peritonealen Verwachsungen äußerst schmerzhaft, so daß einmal an baldige Entbindung gedacht werden mußte, die vaginal wegen des geschlossenen Muttermundes und der angegebenen Verhältnisse nicht zu bewerkstelligen schien, andrerseits hätte die Stärke und die Kraft der Wehen bei weiterem Abwarten, gerade wegen ihrer großen Schmerzhaftigkeit voraussichtlich bald nachgelassen, sodaß dann ein vollständiger Stillstand der Geburt die Folge gewesen wäre. Demnach war in diesem Fall der klassische Kaiserschnitt, zumal er die Gelegenheit bot, eventuell die zu der hochgradig falschen Uteruslage führenden Verwachsungen zu lösen, im Interesse von Mutter und Kind angezeigt.

Wenn wir uns nun zu der Schautaschen Kritik der beiden ersten Fälle wenden, so ist zunächst zuzugeben, daß Hoffmann, der sich wohl im Moment der Details der Fälle nicht genau entsann, die Indikation zum Kaiserschnitt in jedem der beiden Fälle so angegeben hat, daß sie als nicht ganz zu Recht bestehend erscheinen könnte; die genaue Schilderung der beiden Fälle, die wir soeben gegeben haben, läßt wohl keinen Zweifel daran, daß sie hier zu Recht bestanden hat. Tatsächlich wird sie ja — daran ist wohl kein Zweifel — von den verschiedenen Geburtshelfern verschieden weit gefaßt. Die Störungen sind aber im einzelnen

Fall so verschieden, daß eine allgemeingültige Indikationsstellung für diese Fälle fast unmöglich und die Entscheidung von Fall zu Fall zu treffen ist.

Um die Berechtigung von Schautas Ansicht nachprüfen zu können, müssen wir auf seine Unterscheidung von drei verschiedenen Graden von Antefixationsgeburt eingehen. Er unterscheidet einen ersten, leichtesten Grad derselben, bei dem der Muttermund sehr hoch, weit hinten, aber doch noch unterhalb des Promontorium, einen zweiten, bei dem der Muttermund am oder dicht über dem Promontorium, und einen dritten Grad, bei dem er hoch über dem Promontorium an der Vorderfläche der Lendenwirbelsäule steht. „Beim ersten Grade erfolgt die Geburt meist spontan, beim zweiten wohl ebenfalls oder es wird Wendung, seltener Spaltung der vorderen Cervixwand erforderlich sein. Die Fälle des dritten Grades sind die eigentlichen Antefixationsgeburten; in diesen ist spontane Geburt in der Regel ausgeschlossen und wir müssen, wenn keine Kunsthilfe eintritt, hier mit allen Folgezuständen, die auch sonst bei Geburtsbehinderungen zu erwarten sind, rechnen. Es erfolgt also nach länger dauernder Wehentätigkeit Absterben der Frucht, Infektion, Physometra, endlich auch Ruptur". In bezug auf letztere bemerkt Schauta, daß sie spontan relativ selten vorgekommen ist, was im allgemeinen zuzugeben ist. Ob aber in einer ganzen Reihe von den Fällen, die mit Kaiserschnitt entbunden wurden, weil eine violente Ruptur bei einem Versuch der vaginalen Entbindung befürchtet wurde, diese bei weiterem Abwarten schließlich nicht doch noch eingetreten wäre, ist zum mindesten fraglich. Mag nun die Ansicht Schautas, daß bei diesen Geburten von einer ausschließlichen Dehnung

des unteren Uterinsegmentes, von einem Kontraktionsring nie die Rede sein kann, richtig sein oder nicht, was auf Grund verschiedener anderer Berichte in dieser Allgemeinheit verneint werden muß, so erwähnt er doch selbst den Fall von Kißler, in dem es, allerdings nach wochenlanger Verschleppung der Geburt, zu einer spontanen Ruptur kam. Die Annahme, daß es bei Fixationsgeburten sich meist um gleichmäßige Dehnung des Fundus und der ganzen hinteren Wand des Uterus handelt, ist schon deshalb theoretisch, weil sich diese Ueberdehnung der hinteren Wand, wenn sie besonders das untere Uterinsegment betrifft, klinisch durch nichts zu dokumentieren braucht. Fälle von violenter Ruptur und Kolpaporrhexis, Abreißen der Scheide vom Uterus, könnten aber aus eben diesem Grunde nicht zu den Seltenheiten gehören, wenn nicht entweder in den Fällen ersten und zweiten Grades sehr früh gewendet würde oder die Fälle dritten Grades meist mit Kaiserschnitt entbunden würden. Abgesehen davon sind aber einmal derartige Verletzungen durchaus nicht so ganz selten und dann spielen sie auch nicht die Hauptrolle für die Entscheidung über die Art der Entbindung, sondern abgesehen von dem kindlichen Leben, das ja in der neueren Geburtshilfe eine erhöhte Berücksichtigung erfährt, kommt die Prognose für die Mutter in Betracht, die bei dem abwartenden Verfahren mit wiederholten Entbindungsversuchen durchaus nicht die beste ist. Es erliegen eine Reihe von diesen Frauen dem Puerperalfieber, während bei den meisten Frauen, die nach dem Kaiserschnitt einer septischen Erkrankung erlegen sind, bereits eine Infektion bestanden hat, die Operation also zu spät gemacht war, zu einem Zeitpunkt, wo der Kaiserschnitt

kontraindiziert war. Diese Fälle haben entsprechend unserem Standpunkt, daß der klassische Kaiserschnitt in derartigen Fällen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zu machen ist, für die Beurteilung dieses Entbindungsverfahrens auszuscheiden.

Nicht besser als an unseren vier Fällen könnte man die Unmöglichkeit erläutern, die auftretenden Geburtsstörungen nach dem Befund der inneren Untersuchung in der von Schauta angegebenen Weise ihrer Schwere entsprechend zu rubrizieren. Die einzuschlagende Therapie dann dem Befund entsprechend allgemeingültig anzugeben, ist ebenfalls unmöglich. Wir können uns sehr gut den Fall denken, daß eine Patientin, die nach dem Untersuchungsbefund vielleicht der ersten Kategorie angehört, der einzuschlagenden Therapie nach in die dritte Kategorie gehören kann, d. h. daß sie aus irgendwelchen Gründen (z. B. Erscheinungen starker Dehnung von Scheide und Uterus) für die vaginale Entbindung ausscheiden muß. Der Stand der Portio kann für die Beurteilung, welche Therapie einzuschlagen ist, nicht maßgebend sein, wenn sie auch immerhin in diesen Fällen hochstehend gefunden wird. Ob sie nun aber etwas unter dem Promontorium oder in gleicher Höhe mit ihm oder über ihm gefunden wird, wir können daraus nicht ohne weiteres auf den Grad der Dehnung der hinteren Wand schließen. Der Stand der Portio wird mehr oder weniger von der Ausdehnung der Narbe und der Höhe der Fixation abhängig sein, die man, wie Thorn wohl mit Recht meint, für Vaginofixationen, selbst bei richtiger Ausführung derselben, d. h. wenn nicht zu hoch fixiert wird, infolge der in der Vagina leicht möglichen Störungen der Wundheilung niemals exakt

bestimmen kann. Die Dehnung der hinteren Uteruswand und des unteren Uterinsegments kann trotz nicht allzuhohen Standes der Portio eine extreme sein, ohne daß wir durch den Befund der inneren Untersuchung allein einen Anhaltspunkt bekämen zur Beurteilung ihres Grades. Wir werden uns hierfür auch wesentlich nach dem subjektiven und objektiven Allgemeinbefinden der Kreißenden richten müssen, da sich, wie schon erwähnt, eine Ueberdehnung der hinteren Wand sonst durch nichts bemerkbar zu machen braucht. Wie wir an Fall III sehen, können uns andere Umstände, selbst dann, wenn die Geburtsstörung, was für unseren Fall allerdings nicht zutrifft, nicht ganz hochgradig ist, den Entschluß zum Kaiserschnitt erleichtern. Wenn, wie in Fall IV, der Uterus nicht nur sozusagen auf den Kopf gestellt, sondern auch noch ganz nach einer Seite gezogen ist, so daß der Geburtskanal eine gänzlich falsche Richtung bekommt, so bleibt wohl kaum ein anderer Weg als der klassische Kaiserschnitt, um das Kind überhaupt aus dem Uterus herauszubekommen. Auf den extraperitonealen Kaiserschnitt können wir in diesen Fällen, abgesehen davon, daß er wegen der das untere Uterinsegment einnehmenden Narbenmassen äußerst schwierig oder unausführbar ist, um so mehr verzichten, als wir, wie schon wiederholt bemerkt, eine Infektion nicht zu fürchten brauchen, da wir den klassischen Kaiserschnitt frühzeitig und nur in reinen Fällen machen.

Schlußfolgerung.

In einer Reihe von Fällen, in denen den Uterus direkt antefixierende Operationen vorausgegangen sind, ist der

Kaiserschnitt erforderlich. Es muß, wenn die Frauen erst zu einem Zeitpunkt zur Beobachtung kommen, wo die Geburt schon längere Zeit gedauert hat, mehrfache, eventuell suspekte innere Untersuchungen oder gar Entbindungsversuche vorhergegangen sind, von demselben Abstand genommen werden und dann die Frau entweder unter Opferung des kindlichen Lebens mit Zerstückelung des Kindes oder aber, wenn auch dies unmöglich, mittels Porroscher Operation entbunden werden. Ein Abwarten ist nur in der Klinik zulässig, wo jederzeit und vor allen Dingen, wenn nötig, zur rechten Zeit der Kaiserschnitt gemacht werden kann. Daher ist nach Möglichkeit eine rechtzeitige Einlieferung derartiger Frauen in die Klinik zu fordern. Zur Verhütung dieser Geburtskomplikationen ist in Zukunft eine direkte Antefixation des Uterus, sei es Ventrifixur oder Vaginofixation, im gebärfähigen Alter zu verwerfen und den anderen indirekt fixierenden oder suspendierenden Methoden der Vorzug zu geben, besonders der Olshausenschen, die keine Geburtsstörungen und zugleich die besten Dauerresultate ergibt, dann der Alexander-Adams'-Operation und der von Doléris angegebenen Methode der intraperitonealen Raffung der Bänder. Bei notwendig gewordenem Kaiserschnitt ist nach Möglichkeit, da die Verhinderung einer neuen fixierenden Narbe an der Stelle der alten nicht in der Hand des Operateurs liegt und somit die Frau bei jeder neuen Schwangerschaft in Gefahr kommen kann, zumal bei Mehr- und Vielgebärenden mit lebenden größeren Kindern, die tubare Sterilisation vorzunehmen. Die Fixation ist zur Vermeidung einer stärkeren Blutung und schlechten Kontraktion des Uterus möglichst im Beginn der

Operation zu lösen. Um die Möglichkeit, daß der Uterus sich ohne neue antefixierende Narbe zurückbildet, zu vergrößern, ist in jedem Fall nach Lösung der Verwachsungen die Narbe am Uterus gut zu peritonisieren und mit Netz zu bedecken.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer und Chef, Herrn Prof. Dr. Koblanck für die Anregung zu dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Paul Seegert, Festschrift f. Olshausen. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Band 55.
Velde, Berliner klinische Wochenschrift 1895, S. 793.
Straßmann, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 33, S. 214.
Graefe, Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. 1895, S. 472.
Straßmann, Archiv für Gynäkologie, Bd. 50, S. 482.
—, Zentralblatt für Gynäkologie 1895, Nr. 49.
Kißler, Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 20, S. 892.
Wertheim, Zentralblatt für Gynäkologie 1896, S. 25.
Verhandlungen der Berliner gynäk. Gesellschaft. Zeitschrift für Geb. u. Gyn. 1911, S. 197—201.
Schauta, Monatsschrift f. Geb. u. Gyn. Febr. 1912.
Thorn, Gynäkologische Rundschau 1909, Heft 6.
Leopold, Gynäkologische Rundschau 1908, Heft 20.
Gutzmann, Berliner klinische Wochenschrift 1912, Nr. 37.
Dührssen, Archiv für Gynäkologie 1894, S. 284.
—, Zentralblatt für Gynäkologie 1896, S. 190.
Olshausen, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 1895, S. 1.
Koßmann, Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. Bd. 34, S. 73 ff.

Lebenslauf

Am 10. Februar 1877 wurde ich als Sohn des verstorbenen Königlichen Schulrats Albert Gutzmann und dessen ebenfalls verstorbener Gemahlin Charlotte, geb. Trabandt, beide evangelischer Konfession, zu Berlin geboren.

Meine Schulbildung erhielt ich auf dem Leibniz- und dem Kgl. Wilhelms-Gymnasium zu Berlin, sowie auf dem Kgl. Gymnasium zu Luckau, wo ich Ostern 1898 die Reifeprüfung bestand. Von da bis Oktober 1904 studierte ich in Berlin Medizin. Während dieser Zeit besuchte ich die Vorlesungen folgender Herren:

Behrend, v. Bergmann, Bumm, Engelmann, Engler, E. Fischer, Gabriel, Gebhard, Greeff, Hertwig, Heubner, Hildebrand, König, Kraus, Lassar, Lesser, v. Leyden, Liebreich, Michaelis, von Michel, v. Olshausen, Orth, Pagel, Pels-Leusden, Rubner, F. E. Schulze, Schwendener, H. Virchow, Waldeyer, Warburg, Ziehen.

Mitte Februar 1907 bestand ich das ärztliche Staatsexamen zu Berlin. Das praktische Jahr leistete ich am Kreiskrankenhause zu Groß-Lichterfelde ab. Vom 15. November 1908 bis zum 15. Oktober 1912 war ich als Assistent auf der geb.-gynäkologischen Station des Rud. Virchow-Krankenhauses zu Berlin unter Herrn Prof. Dr. Koblanck tätig. Während dieser Zeit veröffentlichte ich zwei kleinere wissenschaftliche Arbeiten:

1. „Geburt bei progressiver Muskelatrophie“ (Dystrophia musculorum progressiva Erb) in Zentralblatt für Gynäkologie Nr. 17, 1911.

2. „Zur Indikation des extra- und intraperitonealen Kaiserschnitts auf Grund von 37 Fällen“. Berliner klinische Wochenschrift Nr. 37. 1912. Festnummer zur Begrüßung des internationalen Gynäkologenkongresses.